

**Туберкулез: клинико-морфологическая характеристика
основных нозологических форм.**



Часть II

Часть II

1. Патологическая анатомия вторичного легочного туберкулеза

Вторичный легочный туберкулез развивается в организме взрослого человека, перенесшего ранее первичную инфекцию, которая обеспечила ему относительный иммунитет, но не оградила от возможности повторного заболевания.

В отношении происхождения вторичного легочного туберкулеза существуют две теории: *экзогенного* происхождения, т.е. нового заражения, и *эндогенного* происхождения.

Вторичный легочный туберкулез возникает либо вследствие повторного заражения больных (реинфицирование), либо при реактивации возбудителя в старых очагах (через 20—30 лет после первичного инфицирования). Тот факт, что анатомические находки позволяют проследить длинную цепь событий, начиная от очагов первичной инфекции до образования свежих очагов реинфектов, позволяет большинству исследователей присоединиться к теории их эндогенного происхождения.

К особенностям вторичного легочного туберкулеза относятся: *преимущественное поражение легких без вовлечения в процесс лимфатических узлов; поражение верхушечного, заднего апикального сегментов верхней доли и верхнего сегмента нижней доли (I, II и VI сегменты); контактное или интраканаликулярное распространение; смена клинико-морфологических форм*, которые представляют собой фазы туберкулезного процесса в легком.

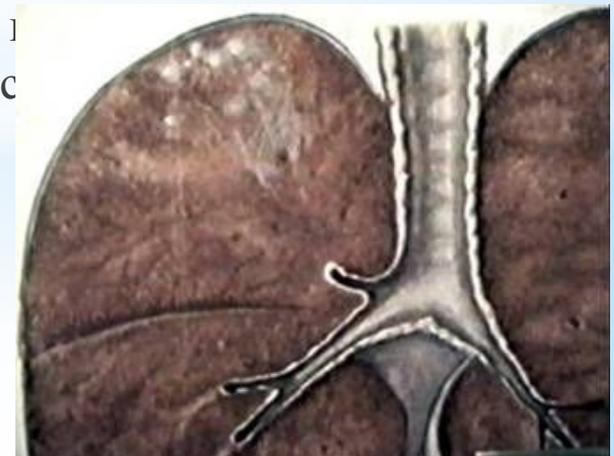
В организме, который уже встречался с возбудителем туберкулеза или инфицирован им, после разрешающей дозы повторного заражения могут формироваться различные сочетания проявлений активных иммунных реакций и реакций гиперчувствительности замедленного типа.

В России и некоторых других странах принято различать 8 морфологических форм вторичного легочного туберкулеза, часть которых может переходить одна в другую и являться стадиями одного процесса. Среди форм - фаз вторичного легочного туберкулеза различают: *острый очаговый; фиброзно-очаговый; инфильтративный; туберкулёму; казеозную пневмонию; острый кавернозный; фиброзно-кавернозный; цирротический.*

Острый очаговый туберкулез встречается у людей в возрасте 20-25 лет и старше. Морфологически он характеризуется наличием в I и II сегментах правого (реже левого) легкого одного или двух очагов. Они получили название очагов реинфекта Абрикосова.

Основными морфологическими проявлениями данной формы состоят из специфического эндобронхита, мезобронхита и панbronхита внутридолькового бронха.

Специфический процесс по бронхиолам переходит на легочную паренхиму, вследствие чего развивается ацинозная или лобулярная *казеозная бронхопневмония*, вокруг которой быстро формируется вал эпителиоидных клеток с примесью лимфоидных и гигантских клеток Пирогова - Ланганса. При своевременном лечении, а в большом числе случаев спонтанно, процесс затихает, экссудативная тканевая реакция сменяется продуктивной, очаги казеозного и петрифицируются, и процесс на этом может закончиться

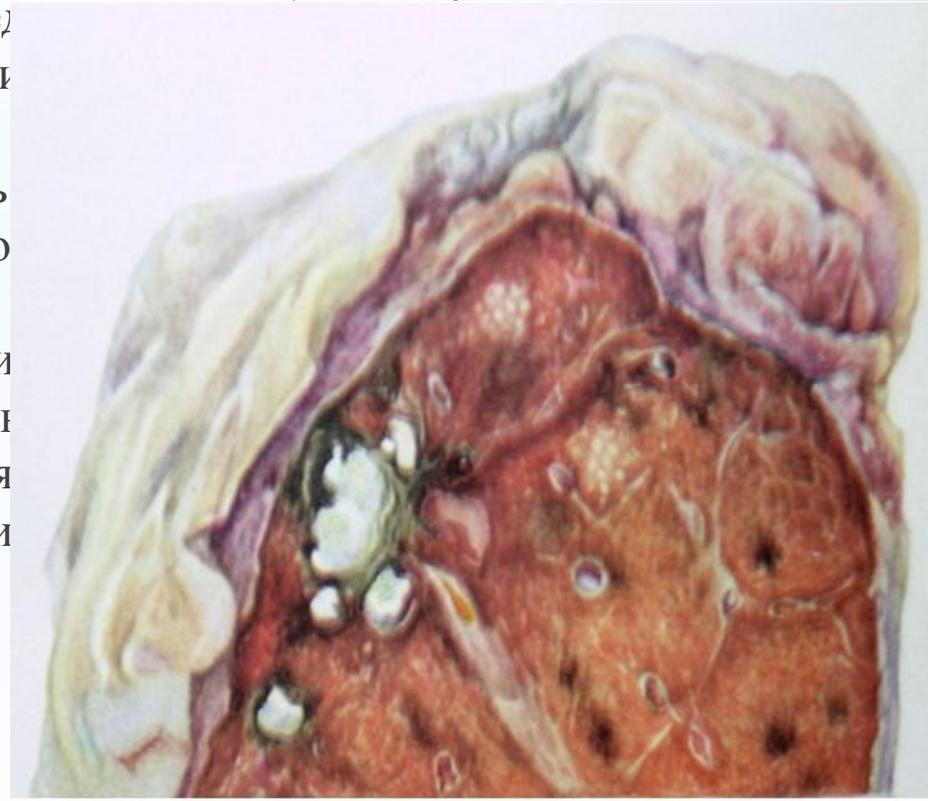


Фиброзно-очаговый туберкулез пред
очагового туберкулеза, когда после пере
вспыхивает.

Такие вновь «ожившие» очаги могут дать
фокусам казеозной пневмонии. Поражение о
легкого.

При микроскопическом исследовании
некроза и гранулем, а также инкапсулированн

Сочетание процессов заживления
туберкулеза. Процесс остается односторонни



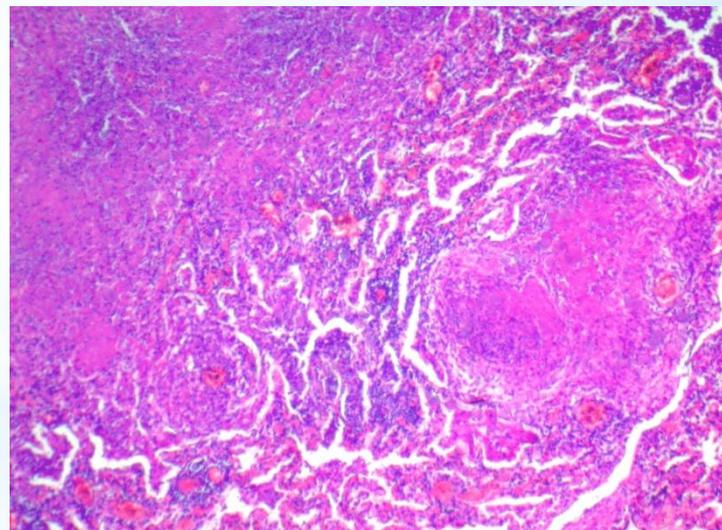
Инfiltrативный туберкулез развивается при прогрессировании острого очагового или обострении фиброзно-очагового туберкулеза. Воспаления вокруг казеозных очагов выходят за пределы долек, и перифокальное воспаление преобладает над казеозными центрами, которые становятся незначительными.

Неспецифическое перифокальное воспаление в период заживления остаются только один или два некротических фокуса, которые в дальнейшем инкапсулируются.

В тех случаях, когда перифокальное воспаление преобладает над казеозными центрами, говорят о острой форме инfiltrативного туберкулеза.



Прогрессирование с развитием лобита



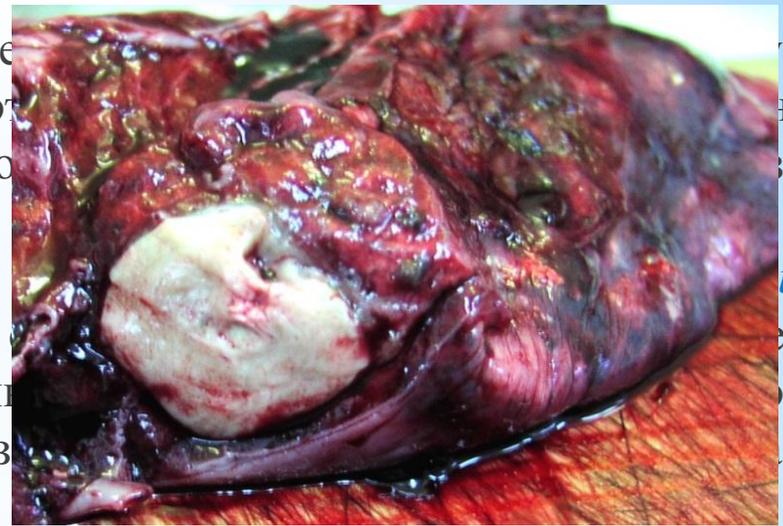
Казеозные фокусы в легком

4) **Туберкулема** — характеризуется образованием (иногда нескольких) округлой формы, четко отграниченной от окружающей ткани, окруженной фиброзной капсулой, как своеобразная форма эволюции очага, когда исчезает перифокальное воспаление.

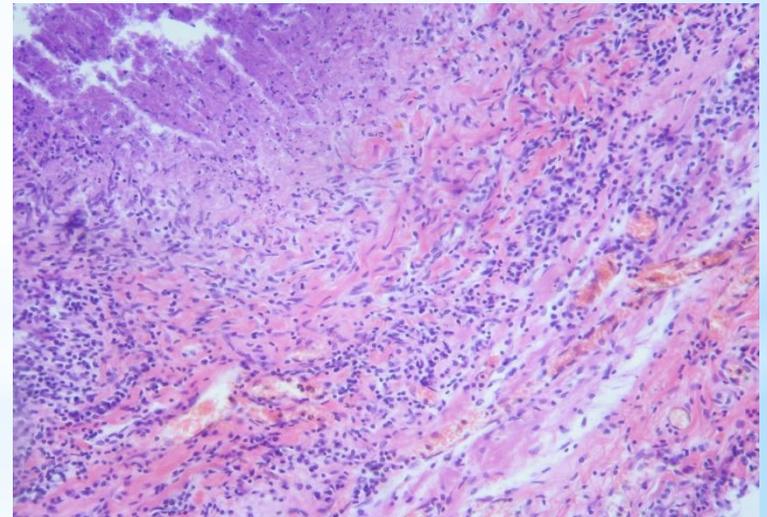
Располагается в I или II сегменте верхней доли легкого (до 2 см в диаметре), **средние** (2 - 4 см в диаметре).

К вариантам прогрессирования туберкулёмы относятся: кальцификация - отложение солей кальция в центре воспаления и кавернизация - высвобождение из полости туберкулёмы через дренирующий бронх.

Эту форму туберкулёза можно излечить как консервативно, так и посредством резекции лёгкого.



Крупная туберкулема в правом легком



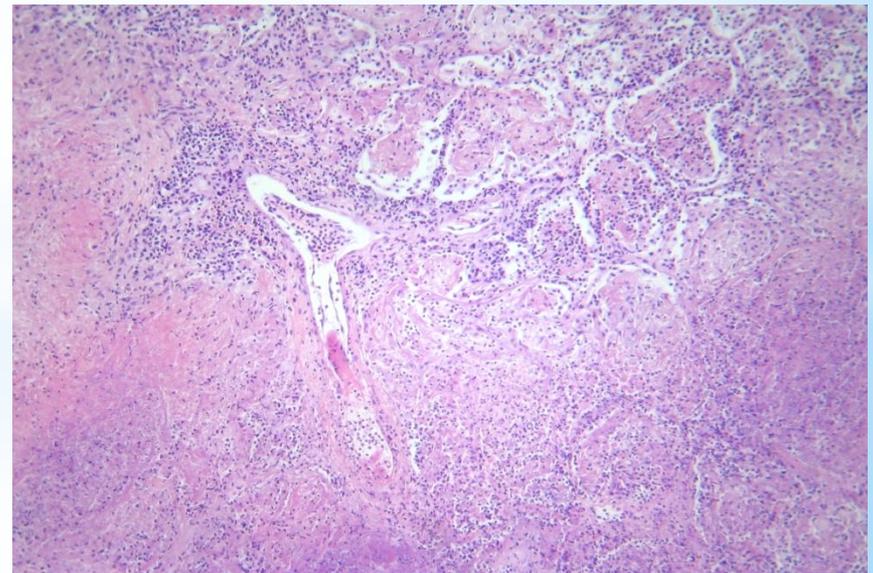
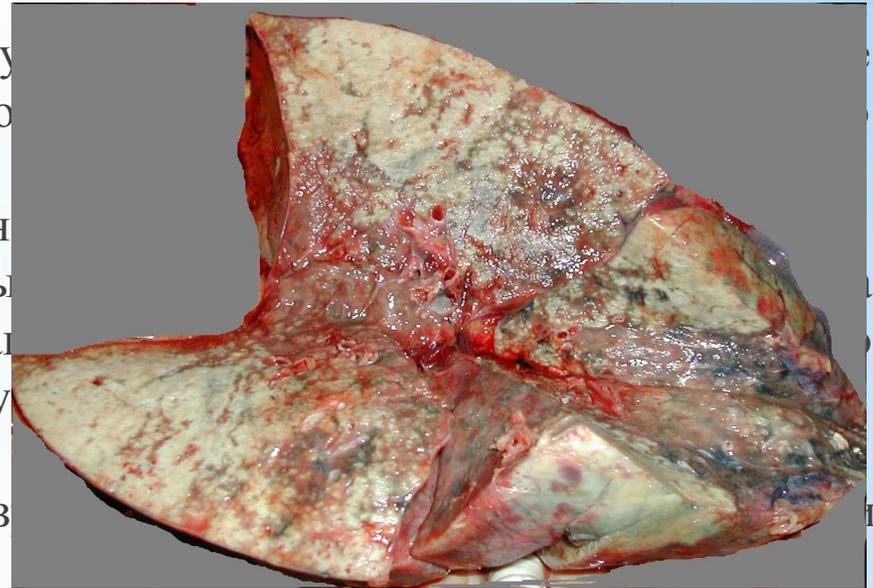
Казеозный фокус с разрастанием соединительной ткани

Казеозная пневмония наблюдается обычно у более старых изменений (фиброзно-очаго туберкулеза или туберкулемы).

Объём поражения варьируется - от ацидоза

Казеозная пневмония наблюдается обычно на фоне более старых изменений (фиброзно-очаго туберкулеза или туберкулёмы). Характеризуется последующим его распадом и отторжением.

Легкое увеличено, плотное, на разрезе наложениями на плевре.



Острый кавернозный туберкулез

Для данной формы характерно быстрое образование каверны на месте очага -инфильтрата или туберкулы в результате гнойного расплавления и разжижения казеозных масс, выделяющихся вместе с мокротой.

Это создает большую опасность бронхогенного распространения выделения микобактерий в окружающую среду. Каверна локализуется обычно в I или II сегменте (на месте сегментарного бронха). Стенка каверны неоднородная: внутренняя - из казеозных масс, наружная - из уплотненной в результате



Полость распада в легком

Фиброзно-кавернозный туберкулез – продолжением предыдущей формы. Ст внутренней – казеозный некроз, средний наружный - соединительнотканый, приче участки ателектазов легкого.

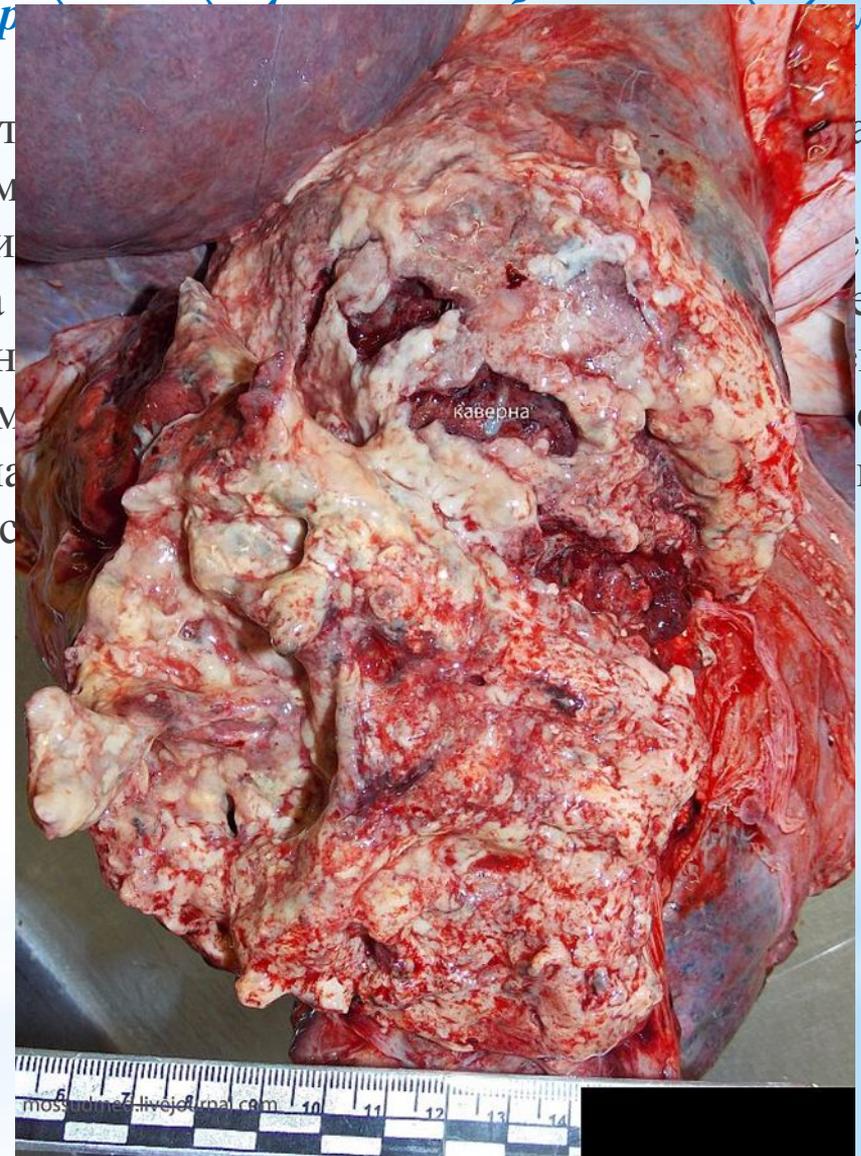
Внутренняя поверхность неровная, с пер балка представляет собой облитериров Изменения более выражены в одном, чаще более старые, плевра утолщена. Каверна определяют разнообразные очаги тубер (тканевой реакции), бронхоэктазы.



Различают каверны: *малые – до 2 см; средние – до 6 см; гигантские – выше 6 см в диаметре.*

апико-каудальном направлении, спускается контактным путем, так и по бронхам, занимая

Поэтому наиболее старые изменения наблюдаются в верхних отделах легких, а в дальнейшем процесс переходит по бронхам на нижние отделы. Кроме того, по бронхам распространяются бронхогенные метастатические очаги в немателлозные и лобулярные туберкулезные очаги, а также каверны и дальнейшее бронхогенное распро-



м;
В
ак
зе
ем
го
ся
ие

8) Цирротический туберкулез - конечная форма вторичного легочного туберкулеза, характеризующаяся мощным развитием рубцовой ткани. На месте зажившей каверны образуется очаговый или диффузный пневмосклероз. Легкое деформировано, плотное, малоподвижное, появляются межплевральные спайки, а также - многочисленные бронхоэктазы.

Осложнения вторичного туберкулеза достаточно многообразны и включают в себя:

а) прогрессирование туберкулеза с развитием казеозной пневмонии, тяжелой интоксикации и кахексии;

б) бронхогенную диссеминацию с развитием туберкулезного бронхита, ларингита, туберкулеза кишечника (интра- и периканаликулярное распространение). Оно возникает вследствие попадания микобактерий на слизистую оболочку гортани во время откашливания мокроты. Процесс в гортани начинается с поверхностного ларингита, с возможным поражением надгортанника, а затем происходит изъязвление и образование гранулем;

в) туберкулезный плеврит, эмпиему плевры, бронхоплевральные свищи в результате разрыва каверны и проникновения ее содержимого в плевральную полость ;

г) легочное кровотечение;

д) легочное сердце в связи с хроническим течением болезни и развитием пневмосклероза и эмфиземы лёгких;

е) общий вторичный амилоидоз с возникновением хронической почечной недостаточности.

2. Патоморфоз туберкулеза в современных условиях

В настоящее время по сравнению с другими инфекциями течение туберкулезного воспаления имеет ряд клинико-морфологических особенностей, а именно:

- а)*** преимущественно страдают мужчины молодого и среднего возраста,
- б)*** наиболее подвержены заболеванию лица из асоциальных групп населения (бомжи, страдающие хроническим алкоголизмом, заключённые),
- в)*** преобладание деструктивных форм вторичного легочного туберкулеза,
- г)*** раннее и активное прогрессирование туберкулезного процесса с возникновением резко выраженной интоксикации,
- д)*** появление лекарственно устойчивых форм туберкулеза.

3. Глоссарий

Tuberculosis /s. phthisis/ - туберкулез /чахотка/

Tuberculosis activa /inactiva/ – активный /неактивный/туберкулез

Tuberculosis primaria /secundaria/ - туберкулез первичный/вторичный/

Primar-affect tuberculosa – первичный аффект при туберкулезе

Lymphangitis tuberculosa – туберкулезное воспаление лимфатических сосудов

Tuberculosis caseosa glanduli lymphatici – казеозное расплавление лимфатического узла при туберкулезе

Первичный туберкулезный комплекс – сочетание первичного аффекта, лимфангита и лимфаденита

«Очаг Гопа» – эпонимическое обозначение зажившего первичного туберкулезного очага

Sepsis tuberculosa acuta /s. болезнь Ландузи/ – острый туберкулезный сепсис

Tuberculosis miliaris – милиарный туберкулез

Tuberculosis pulmonum focalis – очаговый туберкулез легких

Tuberculosis pulmonum infiltrativa – инфильтративный туберкулез легких

Pneumonia caseosa – казеозная пневмония

Tuberculosis pulmonum disseminata – диссеминированный туберкулез легких

Tuberculosis pulmonum cavernosa – туберкулез легких с образованием полостей

Tuberculosis pulmonum fibrosa cavernosa – форма туберкулеза с образованием каверн и фиброзными изменениями в легких

Tuberculosis pulmonum cirrhotica – исход туберкулеза с массивным фиброзом и деформацией легкого

Tuberculosis petrificata pulmonis – обызвествленный туберкулезный очаг в легком

Tuberculoma – инкапсулированный очаг творожистого некроза

Tuberculosis (intestini) ilei – туберкулез подвздошной кишки

Pyelonephritis tuberculosa – туберкулезный пиелонефрит

Leptomeningitis tuberculosa basilaris – туберкулезное воспаление мягкой оболочки основания мозга

Abscessus frigidus – холодный /натечный/ абсцесс

Алексей Иванович Абрикосов (18 января 1875 - 9 апреля 1955 г.) - российский и советский патологоанатом. Автор более 100 опубликованных научных трудов, посвящённых главным образом туберкулёзу лёгких, патологической анатомии симпатических нервных узлов, мышечным опухолям, морфологии аллергии, проблемам сепсиса.

К числу основных работ А. И. Абрикосова относятся: «Анатомические изменения в легких при туберкулезе» (1914), где впервые выяснена анатомическая сущность туберкулеза легких, что сохраняет свое значение и по настоящее время; «Анатомия полости рта и зубов» (1914), давшая ответ на вопрос; «Патологическая анатомия симпатических узлов» (1928) — описание изменений в симпатических узлах при туберкулезе».



*...вых
...14),
...ри
...кая
...ие
—*